

福井糖尿病療養指導担当者

講習会教本 第5版

校正および更新

赤字：校正(間違い)

青字：出版後に変更になった箇所
(2019年2月現在)

「校正および更新」はホームページで随時更新しています。

<http://fukui-cde-society.com/>

最終校正の段階で手違いがあり、校正量が多くなってしまったことをお詫び致します

2 章

P13 図2-1

インスリン非依存応対

→インスリン非依存状態

3 章

P43 右上から25行目

ブドウ糖排泄開催

→ブドウ糖排泄閾値

4 章

P50

表4-3 カラム [DKA, 身体異常]

→アセトン臭

左上から11行目

$2 \times \text{Na}^+$ 血糖値/18 → $2 \times \text{Na}^+$ 血糖値/18

P51

表4-5 タイトル

表4-5 乳酸アシドーシスにおけるおもな臨床所見

P57

図4-6 タイトル

図4-6 糖尿病患者の手術時の治療フローチャート

左上 術前の治療法とコントロール

6 章

P92 右下から4行目

後高血糖と動脈硬化症

→食後高血糖と動脈硬化症

8 章

P104

左上から10行目

妊娠前半期において、胎児のブドウ糖需要はまだ少なく、

→妊娠前半期においては、胎児のブドウ糖需要がまだ少なく、

左上から14行目

このインスリン抵抗性状態は蓄積した…

→このインスリン抵抗性状態は蓄積された…

左上から17行~24行目

このような妊娠後半期の代謝の変化には胎盤から産生される抗インスリン作用を持つホルモン、例えばヒト胎盤性ラクトゲン (human placental lactogen : hPL)、プロゲステロン (progesterone) など、やサイトカイン、腫瘍壊死因子 (tumor

necrosis factor- α : TNF- α) などが関与する。これらのホルモンが妊娠後半に増加するとインスリン抵抗性の原因となる。また、胎盤でのインスリン分解の促進もインスリン抵抗性に関与している。

を

母体がインスリン抵抗性を獲得する過程には胎盤が大きく関与する。胎盤では抗インスリン作用を持つホルモンやサイトカイン、すなわちヒト胎盤性ラクトゲン (human placental lactogen : hPL)、プロゲステロン (progesterone)、腫瘍壊死因子 (tumor necrosis factor- α : TNF- α) などが分泌され、なおかつ胎盤でインスリン分解が促進される。したがって胎盤重量が増す妊娠後半はインスリン抵抗性が増大する。に変更

P104 表8-1 表中の下から2行目

糖尿病/IGT

→糖尿病/耐糖能異常

P105

左下から2行目

膀胱内に射精してしまう逆行性射精がある。

→膀胱内に射精してしまう逆行性射精、がある。

図8-1

「胎児脾 β 細胞過形成」と「胎児高インスリン血症」の間に下向き矢印を入れる

右上から19行目

できず網膜光凝固といった眼科的治療を優先する。

妊娠は

→できず網膜光凝固といった眼科的治療が優先される。後者の場合、妊娠は

P106

左上から9行目

脂質異常症を合併するものも

→脂質異常症を合併する女性も

右上から3行目

妊娠前の計画妊娠から引き続いて厳格な血糖管理が必要と

→妊娠前の計画妊娠から引き続き厳格な血糖管理が必要と

表8-3 項目4

4. 脂質代謝改善薬：スタチン、フィブラートの中止 (2015年6月30日以降、FDAは、新薬ならびに添付文書変更した薬剤は添付文書に妊娠への危険度などを掲載することとし、この分類を使用しないことをアナウンスした。添付文書をよく読ん

で、患者と相談して使用)

右上から15行目

また妊娠前の鉄需要の増大も

→また妊娠期の鉄需要の増大も

右下から7行目

付加量は母体の体格に応じて異なり、肥満妊婦 (BMI \geq 25) では妊娠全期間を通じて原則エネルギー付加しない。

→付加量は母体の体格に応じて異なり、**body mass index (BMI)** を用いた分類によると肥満妊婦 (BMI \geq 25) では妊娠全期間を通じて原則エネルギー付加しない。

P107

左上から9行目

付加量を決めるのが適切であろう。

→付加量を決めるのが妥当であろう。

左上から19行目

なおSick Day (妊娠悪阻、発熱、嘔吐、下痢、など) の時は…

→なお**シックデイ (Sick Day)** = 妊娠悪阻、発熱、嘔吐、下痢、など) の時は…

表8-6 妊娠中の体重増加の推奨値

非妊娠時体格区分の下に (**BMI : Body Mass Index**) を入れる

P108 左下から1行目から右上1行目

生前につかんで周産期にかかわるチームのひとたちにも伝えて情報を共有

→生前に**把握**して周産期にかかわるチームのひとたちに**伝え**、情報を共有

P109

左上から22行目

次に健診時の母体管理で

→次に、健診時の母体管理で

左上から30行目

最後に妊婦健診では

→最後に、妊婦健診では

左上から35行目

well-being (健全性) は

→well-being (~~健全性~~) は

P110

左下から2行目

通常、妊婦健診の補助券を用いて妊婦全員に…

→**図8-2**に示すように、通常、妊婦健診の補助券を用

いて妊婦全員に… **【図8-2はこの冊子の最後にあります。】**

右上から4行目

カットオフ値 (各施設で独自に設定してよいが、慣習的には \geq 100mg/dL、「妊娠糖尿病のスクリーニングに関する多施設共同研究」のデータからは \geq 95mg/dL)

→カットオフ値 (**95mg/dL**あるいは**100mg/dL**、**多施設共同研究によるROC解析の結果**、両者間には**ほぼ差を認めなかった**のでどちらでも各施設で設定すればよい)

右上から13行目

75gOGTTによる診断基準は

→**妊娠中の75gOGTT**による診断基準は

表6-8 番号を**表8-8**に変更

P111

左上から3行目

妊婦がもし糖尿病であった場合に高血糖を招く危険があるからである。

→妊婦がもし糖尿病であった場合、**知らずに75gOGTTを行う**と高血糖を招く危険があるからである。

左上から10行目

表6-8の診断基準 → 表8-8の診断基準

右上から2行目

フォローアップ体制をどのように作り上げるか今後の課題である。

→フォローアップ体制をどのように作り上げるか、**が**今後の課題である。

右側 参考文献

10) 日本糖尿病・妊娠学会 編：妊婦の糖代謝異常診療・管理マニュアル メジカルビュー社, 2015

→10) 日本糖尿病・妊娠学会 編：**改訂第2版** 妊婦の糖代謝異常診療・管理マニュアル メジカルビュー社, **2018**

9 章

P115 左上から4行 排世 → **排泄**

P117 左下から5行目 終了し。 → **終了し、**

P118 左上から4行目 35年 → **35年**
右上から19行目 歳以上 → **55歳以上**

P119 左上から7行目 15% → **1.5%**

P121

表9-3 タイトル

(2017年6月現在) → (2019年1月現在)

表9-3 最下段のコラム

進行中

→0.93(0.84-1.03)7%減少 非劣性P<0.001 優越性 P=0.17

表9-3 最下段右端の空欄コラム

心不全による入院27%減少

腎イベント47%減少

表9-3 脚注

⑩https://...

→⑩N Engl J Med 2019; 380: 347-357

左上から9行目 ~~成績が報告されている。~~

P122 左上から19行目 糖尿病悪者 → 糖尿病患者

左上から25行目 0.62 → 0.62

P123 左下から5行目 最小 → 細小

P125

右上から19行目、21行目

食物繊維 → 食物繊維

右下から1行目

標準体重注¹⁾ → 標準体重注¹⁾

身体活動量注¹⁾ → 身体活動量注¹⁾

P128

図9-16

レベミル (約24時間)

→レベミル (約20-24時間)

右下から4行目

自己血糖測定 (SMBG) を併用し

→自己血糖測定 (SMBG) や持続血糖モニタリングを併用し、

10 章

P132 右下から8行目

飽和脂肪酸を減じし

→飽和脂肪酸を減らし

P133 右 ③

ほぼ均等に配分されること

→ほぼ均等に配分すること

図10-1 文献5より → 文献6より

P134

左上から19行目 (文献4) → (文献5)

表10-4 (文献6) → (文献7)

表10-5 (文献7) → (文献8)

P135

右上から2行目

(文献8) → (文献9)

右上から13行目

緑のマークをつけ → 緑のマーク // をつけ

右上から19行目 C

(文献1、10~13) → (文献1、4、10~12)

左上から21行目 ②

(文献3、9、10) → (文献3、4、11)

表10-6 (文献10) → (文献11)

P136 表10-7 (文献10) → (文献11)

P137

右上から13行目 E (文献13) → (文献4)

右上から27行目 F (文献14、15) → (文献13、14)

右側 (文献16)(文献17) → (文献15)(文献16)

P138 表10-9 (文献14) → (文献13)

P139 表10-10 (文献14) → (文献13)

P140

左上から3行目 D (文献10) → (文献17)

表10-12

表4 「食品の種類」が空欄のところに

●牛乳と乳製品 (チーズを除く) を追加

P141

左下から12行目 3 (文献12) → (文献18)

左下から9行目

速やか~~適~~厳格な

→速やか~~か~~つ厳格な

右下から2行目

高齢者等~~仁~~のナトリウム

→高齢者等~~腎~~のナトリウム

P142 左上から8行目 4 (文献13) → (文献18)

右下から4行目 5 (文献14) → (文献19)

P143 左下から11行目 6

(文献1、15、16) → (文献1、20)

P144 左上から3行目 7 (文献16) → (文献18)

P145

右上から16行目

ナトリウム (=Na)

→ナトリウム (=Na、表示するときは食塩相当量に換算すること)

図10-5

ナトリウム 311mg

→食塩相当量 0.8g

P148 食事バランスガイドの図を 図10-8とする。

P150

左下から5行目 (図10-5) → (図10-8)

参考文献

13) は、4) と同じのため 削除

14) → 19)

15) → 13)

16) → 14)

17) → 15)

18) → 16)

19) の文献を削除

新規17、18

17) 日本糖尿病学会 編・著 糖尿病腎症の食品交換表第3版 日本糖尿病協会、文光堂、2016

18) 日本糖尿病学会 編・著 糖尿病診療ガイドライン2016 南江堂、2016

11 章

P158 左上7行目

産生 (non-exercise activity thermogenesis : NEAT)

→産生 (non-exercise activity thermogenesis : NEAT)

12 章

P154 図11-12

A=C

→A<C 近年の研究によりA=CでなくA<Cであることがわかっている。

P176 左上から2行目

製剤+合剤3剤が発売されている。

→製剤+合剤6剤が発売されている。

P176 表12-7 脚注追加

メトアナ配合錠LD：アナグリプチン100mg+メトホルミン250mg

メトアナ配合錠HD：アナグリプチン100mg+メトホルミン500mg

スージャンヌ配合錠：シタグリプチン50mg+イブラグリフロジン50mg

トラディアンス配合錠AP：エンパグリフロジン10mg+リナグリプチン5mg

トラディアンス配合錠BP：エンパグリフロジン25mg+リナグリプチン5mg

P177

表12-8 カラム [セマグルチド, 商品名]

オゼンピック2mg皮下注

→オゼンピック皮下注2mg

表12-8 カラム [セマグルチド, 投与条件など]

2018年発売見込み

→薬価基準未収載

P178

左下から1行目

C. 適応 (2型糖尿病)

→C. 適応 (2型糖尿病)、1型糖尿病 (2018年12月より、イブラグリフロジンのみ)

右上から1行目

D. 用法用量 (表12-9参照)

→D. 用法用量 (表12-9参照)

イブラグリフロジンを1型糖尿に用いる際は必ずインスリンとの併用を行う。併用の際にはインスリンの量を15%減量することが推奨されるが、DKAの発現に注意を要する。

P187 左上から2行目の下に以下を追加

①日本初のパッチ (貼り付け) 式インスリンポンプ「メディセーフウィズ」(MEDISAFE WITH、テルモ社) が2018年に登場予定である。

②グルコース値が下限値に達する、または近づくと予測されると自動的にインスリン注入を中断し、グルコース値の回復が確認されるとインスリン注入を再開するインスリンポンプ「ミニメド640Gシステム」(日本メドトロニック) が2018年3月に発売された。第二世代SAPとも称される。

13 章

P203

右上から12行目

基準範囲 血中CPR 0.5~2.0ng/mL (空腹時)

→基準範囲 血中CPR 1~3ng/mL (空腹時)

P204

右上から10行目

空腹時血清CPR0.6ng/mL未満

➡空腹時血清CPR0.3ng/mL未満

右下から11行目

正常値は1.0前後 その値が高い程インスリン抵抗性が大きく、2.5~3.0以上では

➡正常値は1.6以下 その値が高い程インスリン抵抗性が大きく、2.5以上では

P207 表13-7 カラム [HbA1c, 基準値]

4.6~6.1% ➡ 4.6~6.2%

P208

右上から7行目

常勤の医師が2名以上配置されていること

➡常勤の医師が1名以上配置されていること (2018年4月~2名が1名になった)、

右上から14行目

現状では妊娠中の女性、人工透析を受けている患者さん、6歳未満の患者には使用できない。

➡2018年より、当初認められていなかった妊娠中の女性、人工透析を受けている患者さん、4歳以上の患者 (6歳から引き下げ) にも使用が認められている。

右上から18行目に下記を追加

2018年12月から「ガーディアンコネクト」(日本メドトロニック株式会社)と「Dexcom G4 PLATINUMシステム」(テルモ株式会社)という2つの新しい「リアルタイムCGM (持続血糖モニタリング)」の保険適用が承認された。フリースタイルリブレと併せて「パーソナルCGM」とも呼ばれる。保険上、リブレは 血糖自己測定器加算を用いるのに対し、この2つは持続血糖測定器加算を用いる (=インスリン持続注入ポンプ利用者に限定される)。上記2つはフリースタイルリブレと異なり、リーダーとセンサーが常時通信しているため、リアルタイムでグルコース値を表示でき、低血糖や高血糖の自動警告が可能である。一方、定期的な指先血糖値の入力による校正が必要である。ガーディアンコネクトはiPhoneやiPadをリーダーとして用いるのに対し (現状、Androidスマホは不可)、デクスコムは専用リーダーを用いる。なお、デクスコムについては海外ではG6が発売されておりiPhoneなどに表示可能である。

P209

右上から19行目

心筋梗塞のリスク

右上から21行目

脂質異常症の患者ではnon-HDL-CはLDL-C+30mg/dLであることが示されている・・・

右上から25行目

境界域としてnon-HDL-C150~160mg/dL

➡境界域としてnon-HDL-C150~169mg/dL

P210

左下 最下段

腎症の病期分類および・・・有用である。(P67、表5-5)

P212

右上中段 評価基準を変更

ABI基準値 (2011年 ACC/AHA基準)

1.41 ≤ ABI	足首の血圧が高めです
1.00 ≤ ABI ≤ 1.40	正常範囲です
0.91 ≤ ABI ≤ 0.99	正常範囲ですが境界領域です
ABI ≤ 0.90	末梢動脈疾患の疑いがあります

0.91~0.99の場合は負荷ABI等を行い精査してPADかどうかを判断する。

>1.40は高度石灰化等の例があるので、画像診断により精査し、異常例はPADとする。

14 章

P218 表14-5 脚注に以下を追加

2018年、0.5単位刻みで使い捨てタイプのヒューマログ注ミリオペンHDが発売された。

P223 表14-7タイトル (2018年4月一部改定) に

最左段の上から17行目

○血糖自己測定加算 (3か月に3回まで算定可能)

20回以上/月: 350点

30回以上/月: 465点

40回以上/月: 580点

60回以上/月: 830点

1型糖尿病患者のみ以下が適応

90回以上/月: 1170点

120回以上/月: 1490点

最右段の上から4行目

同時に血糖自己測定器加算 (400点~1500点)

➡同時に血糖自己測定器加算 (350点~1490点)

最右段の上から7行目

己注射指導管理料820点を算定可能

➡己注射指導管理料750点を算定可能

最右段の上から8行目

○持続血糖測定器加算

~~2015年、SAP (Sensor Augmented Pump) の登場により以下が追加された。~~

最右段の上から11行目

SAP (現状、メドトロニック社のミニメド620Gのみ)

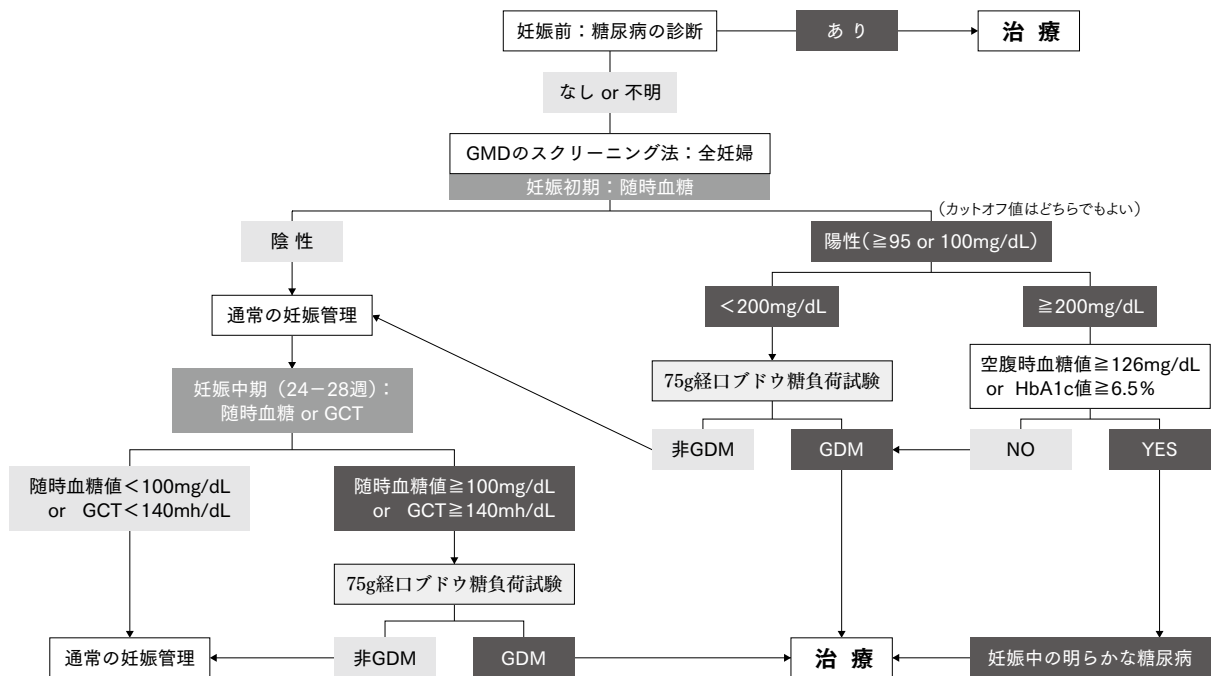
➡SAP (メドトロニック社のミニメド620Gおよび640G)

最右段の上から16行目

注意：ミニメド620Gを使用しても

➡注意：SAPを使用しても

図8-2 妊娠中の糖代謝異常のスクリーニング法



(文献10より改変)